Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
824471-140459-DMO

Bijlage(n)
9

Uw brief

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 3 september 2015
Betreft nazending 2e VGR HLZ

Geachte voorzitter,

Op 25 juni heb ik u per brief[1] geïnformeerd over de voortgang van de hervorming langdurige zorg over het 2e kwartaal van 2015. Enkele rapportages over deze periode waren op het moment van verzending nog niet gereed, zodat ik u heb toegezegd deze in de zomer na te zullen sturen. Door deze brief bied ik u deze rapportages en mijn reactie daarop aan.
Daarnaast informeer ik u over actualiteiten op enkele aandachtsgebieden uit de transitie, waarover in de tussenliggende periode nieuwe informatie beschikbaar is gekomen. Over de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt en de inzet van HH-toelage ontvangt u een separate brief. In het najaar staat een volgende reguliere voortgangsrapportage gepland.

Actualiteiten

Ervaringen van de cliënt

In de vorige voortgangsrapportage ben ik ingegaan op de bevindingen van de cliëntenorganisaties die zij vooruitlopend op de definitieve rapportage van de peiling door het programma Aandacht voor Iedereen (AVI) hadden verzameld.
Het definitieve rapport van de peiling is bij deze brief bijgevoegd. Eveneens bijgevoegd is het derde rapport van de monitor van AVI uit april 2015, dat ook in juni jl. is opgeleverd.

Box 1: Aanbevelingen AVI n.a.v peiling april'15

- Geef duidelijk aan waar mensen zich kunnen melden
- Informeer mensen bij uitnodiging van het gesprek al over indienden persoonlijk plan en cliëntondersteuning
- Nodig mantelzorgers uit bij het gesprek
- zorg dat de gespreksvoerder goed is toegerust. Daarbij is zowel kennisniveau als goed kunnen luisteren van belang

[1] TK 2014-2015, 34104-63

- Houd bij de oplossingen rekening met de wensen, behoeften, draagkracht een draaglast van mantelzorgers - Informeer mensen na afloop van het gesprek over de vervolgprocedure en zorg dat binnen 6 weken na de melding het gesprek en verslag gevoerd/gereed zijn - Zorg dat college B&W binnen 2 weken beslissing heeft genomen op aanvraag voor een maatwerkvoorziening - Wacht niet tot de toewijzing van een maatwerkvoorzienig, maar informeer mensen al tijdens het gesprek over de mogelijkheeden en voorwaarden van een pgb.

Deze aanbevelingen ondersteun ik van harte en zijn ook actief onder alle gemeenten verspreid zodat het gesprek hierover met de inwoners en cliënten in het lokale speelveld kan neerslaan. Met VNG en programma AVI ben ik in overleg om vervolg te geven aan het programma zodat de raden en inwoners geëquipeerd blijven om met en namens de client dit gesprek met de lokale overheden en uitvoerders aan te gaan. Dat burgers lokaal hun inbreng kunnen vormgeven (bv via de lokale ombudsman, gemeenteraad of principe van 'right to challenge') is cruciaal om de verdere doorontwikkeling mogelijk te maken..

Daarnaast is er door Ieder(in), NPCF en LPGGz een signaalrapport onder de titel "Moet ik écht zo veel inleveren?" uitgebracht. Ook andere organisaties hebben aan dit rapport meegewerkt, zoals PerSaldo, MEZZO en MEE. In de bijlage treft u dit rapport aan. Het rapport bevat negen concrete aanbevelingen:

Box 2: Verbeterpunten cliëntorganisaties n.a.v signaalrapport juli'15

- Regel de toegang tot zorg. - Wees duidelijk over het overgangsrecht. - Maak van het pgb een volwaardig alternatief - Voer het keukentafelgesprek uit volgens de wet - Ontneem mensen niet onrechtmatig hun huishoudelijke hulp. - Voorkom bureaucratisch gedoe - Houd aandacht voor bijzondere groepen - Geen onredelijke kostenstapeling - Zorg voor passende en snelle oplossingen bij zorg thuis

De rapporten bevatten enkele gezamenlijke kernpunten en aanbevelingen die ik ook van harte ondersteun en die ik verder met de primair verantwoordelijke partijen wil verbeteren.
De doelstellingen van de hervorming langdurige zorg kennen een breed draagvlak, ook in de uitvoering, maar de vertaling daarvan in het gesprek tussen cliënt en overheid vraagt verbetering, aandacht en een cultuurverandering. Alle partijen erkennen dat dit tijd nodig heeft. Tegelijkertijd vraagt de dagelijkse casuïstiek, zeker in het licht van de herbeoordelingen van de overgangscliënten die nu plaatsvinden, een meer intensieve aanpak. VNG, ZN en VWS herkennen zich hierin en zijn in gesprek met de patient-clientorganisaties om die nodige verbetering ook te realiseren in de uitvoering.

Goede bejegening van de cliënt is een van de belangrijkste uitgangspunten van de nieuwe wetten. Zowel in de Wmo als de Wlz, Zvw en Jeugdwet, is voorgeschreven dat er een gedegen integraal onderzoek naar de cliënt en diens omgeving wordt gedaan, zodat de cliënt zich dusdanig gekend en gehoord voelt dat hij of zij vertrouwen kan hebben dat de aangeboden ondersteuning ook daadwerkelijk een op maat gemaakt aanbod is.
De bijgevoegde peilingen geven weer hoe mensen op dit moment die bejegening

Kenmerk
824471-140459-DMO

ervaren. Met de landelijke partijen is afgesproken om systematisch te kijken naar de huidige casuïstiek om te reconstrueren waar de knel- en winstpunten in de huidige bejegening van de cliënt en diens omgeving zitten zodat dit doorvertaald kan worden naar de werkende praktijk van gemeenten, aanbieders, verzekeraars, wijkverpleegkundigen, CIZ en zorgkantoren. VNG en ZN zullen verantwoordelijkheid nemen voor de ontvankelijkheid van hun leden hiervoor. Specifiek zal daarbij gekeken worden aan welke voorwaarden moet worden voldaan zodat degene die het onderzoek uit voert dat ook op een zorgvuldige wijze en als het nodig is ook levensbreed kan doen. Zowel de eisen die aan de professional die het onderzoek uitvoert, de wijze waarop hij door zijn organisatie wordt aangestuurd en de mogelijkheden die hij heeft om met andere partijen samen te werken worden in de analyse betrokken. De uitkomsten van de analyses zullen door VNG en ZN als advies doorvertaald worden naar gemeenten en verzekeraars.

Uit de signalen van de bijgevoegde rapporten blijkt ook dat er cliënten zijn die hun weg naar gemeente, verzekeraar of eigen netwerk onvoldoende vinden of vermijden en daardoor ontboden blijven van de ondersteuning die zij nodig hebben om deel te blijven nemen aan de samenleving. Bemiddeling, zoals bijvoorbeeld wordt geboden door de lokale belangenorganisaties, de lokale ombudsfuncties, cliëntondersteuning, de gemeenteraden, vrijwilligersnetwerken maar ook het landelijke meldpunt 'het juiste loket' blijken cruciale vangnetten te zijn om de checks en balances in het stelsel goed te laten functioneren. Met de landelijke partijen is daarom afgesproken deze functies te stimuleren, benutten en verstevigen, zeker in de periode van de herbeoordeling van de overgangscliënten en zo veel langer als nodig.

De beleidsevaluatie van de hervorming langdurige zorg, zoals beschreven in de eerste voortgangsrapportage[2], zal ook antwoord moeten bieden over de werking van het stelsel en of er voldoende ruimte is om het maatwerk te leveren zoals met het stelsel bedoeld is. In tussentijd wordt onderzocht waar experimenteerruimte nodig en mogelijk is zodat er voldoende stimulans en mogelijkheden blijven om integraal en zonder risico op afschuifgedrag het systeem rondom de cliënt goed in te vullen.
Daarnaast leveren ook de (koepels van)aanbieders regelmatig signaalrapporten en monitors op[3], waaruit ik afleid hoe de ontwikkelingen gaan, welke patronen zich aftekenen en waar actie op vereist is.

Eigen bijdragen

In de voortgangsbrief van 25 juni jl. heb ik u geïnformeerd over het voorgenomen onderzoek naar de mate waarin gemeenten invulling geven aan de mogelijkheid om eigen bijdragen te vragen voor algemene voorzieningen. Dit naar aanleiding van de motie van mevrouw Keijzer[4]. Ik kan u hierbij melden dat het onderzoek is gestart en dat door middel van een steekproef onder 10 gemeenten niet alleen kwalitatief in beeld zal worden gebracht hoe gemeenten invulling geven aan de mogelijkheid tot het vragen van eigen bijdragen bij algemene voorzieningen, maar vooral ook hoe ze invulling geven aan de verantwoordelijkheid om conform artikel 2.3.2 van de Wmo 2015 rekening te houden met de persoonlijke omstandigheden

---

[2] TK 2014-2015, 34104-25
[3] www.vgn.nl, www.ggznl.nl
[4] Motie lid Keijzer, Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 34 104, nr. 49

van de cliënt, waaronder de financiële situatie. Het onderzoek is naar verwachting eind september gereed. Dit betekent dat ik u over de uitkomsten van het onderzoek in de volgende voortgangsrapportage zal kunnen informeren.

De vragen die uw Kamer gesteld heeft over de eigen bijdragen zal ik voor het aanstaande debat met u over de HLZ beantwoorden.

Ophoging kader eerstelijns verblijf 2015

In de voortgangsrapportage van 25 juni ben ik ingegaan op signalen dat het kader voor de Subsidieregeling Eerstelijns Verblijf 2015 zou knellen. Ik heb toen de procedure beschreven voor de verdeling van de binnen het subsidiekader van € 96 miljoen beschikbare middelen van aanvullende subsidie voor Wlz-uitvoerders (€10 miljoen euro). Daarbij is aangegeven dat er pas na ontvangst van alle subsidieaanvragen door het Zorginstituut Nederland (na 1 juli) voldoende kwantitatieve gegevens beschikbaar waren op basis waarvan de resterende € 10 miljoen verdeeld kon worden en er een conclusie kon worden getrokken over de toereikendheid van de financiering van deze zorg.

Op basis van deze procedure is besloten om in twee tranches aanvullende middelen voor eerstelijns verblijf beschikbaar te stellen aan Wlz-uitvoerders tot maximaal € 67 miljoen euro. Het aangepaste subsidiekader 2015 bedraagt dus in totaal € 163 miljoen euro. Al eerder heb ik aangegeven dat eerstelijns verblijf onnodige ziekenhuisopname voorkomt, een goede doorstroom uit het ziekenhuis bevordert en mensen in staat kan stellen langer thuis te blijven wonen. Bij het beschikbaar stellen van aanvullende middelen was mijn inzet te voorkomen dat er wachtlijsten voor deze zorg zouden gaan ontstaan. Inmiddels heeft het Zorginstituut Nederland aanvullende subsidie verleend voor een bedrag van € 46 miljoen euro (inclusief de reeds beschikbare € 10 miljoen euro). Het beschikbaar stellen van de tweede tranche aan Wlz-uitvoerders vindt in september plaats op basis van actuele declaratiegegevens. Ik bekijk wat de oorzaken van deze overschrijding zijn en bespreek met partijen welke maatregelen ik kan nemen gericht op budgettaire beheersbaarheid van de kosten van eerstelijns verblijf. Over het subsidiekader voor eerstelijns verblijf in 2016 geef ik duidelijkheid in de begroting.

Cliëntondersteuning

In het AO Bekostiging wijkverpleging van 2 juli jl., heb ik toegezegd uw Kamer voor de begrotingsbehandeling te informeren over in hoeverre mensen die zorg ontvangen vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) gebruik kunnen maken van de cliëntondersteuning die valt onder de Wmo 2015.

In de Wmo 2015 is levensbrede onafhankelijke cliëntondersteuning geregeld voor mensen zonder Wlz-indicatie. Cliëntondersteuning in de Wmo 2015 is daarmee niet beperkt tot de voorzieningen waar gemeenten zelf geheel of gedeeltelijk verantwoordelijk voor zijn, maar bestrijkt ook relevante aanpalende domeinen, zoals participatie, wonen, onderwijs en zorg gefinancierd door de zorgverzekeraar vanuit de Zvw. Voor mensen met een Wlz-indicatie is de cliëntondersteuning geregeld in de Wlz. Mensen die vanuit de Zvw zorg ontvangen kunnen dus gebruik maken van de cliëntondersteuning die onder de Wmo 2015 valt.

Right to Challenge

Burgerinitiatieven kunnen vaak rekenen op meer maatschappelijk draagvlak en kunnen vaak kostenefficiënter worden uitgevoerd dan het reguliere aanbod van zorg en ondersteuning (dat door de gemeente is gecontracteerd). Ik vind het van belang dat bewoners zo min mogelijk belemmeringen ervaren als zij initiatieven op het gebied van zorg en ondersteuning willen uitvoeren. Inmiddels heeft een eerste inventarisatie plaatsgevonden waarin kansen en knelpunten met betrekking tot het Right to Challenge in kaart zijn gebracht vanuit het perspectief van gemeenten. Uit deze inventarisatie blijkt onder andere dat op dit moment minimaal 40 gemeenten initiatieven hebben lopen of aangekondigd hebben voor het invoeren van een Right to Challenge-achtige aanpak.

De inventarisatie Right to Challenge is online beschikbaar via: https://vng.nl/onderwerpenindex/bestuur/burgerparticipatie/nieuws/kansen-en-knelpunten-van-right-to-challenge. Momenteel werk ik samen met Movisie, Vilans en LSA aan een gezamenlijk voorstel voor leerkringen, waarbij de uitwisseling van kennis en ervaringen met betrekking tot het Right to Challenge centraal staat. Hierbij zijn ook het ministerie van BZK en de VNG betrokken. Binnen de leerkringen zal ruim aandacht zijn voor het perspectief van bewoners en eventuele belemmeringen waar zij tegenaan lopen. Op basis van de kennis en ervaringen die in de leerkringen wordt opgedaan, zal begin 2016 een handreiking verschijnen.

Nadere uitwerking toereikendheid pgb

Tijdens het VAO Zorg voor ernstig zieke kinderen is een motie Begrkamp c.s.[5] ingediend waarin gevraagd wordt de toereikendheid van pgb in de diverse wetten ander uit te werken.

In het debat is besproken dat het de bedoeling van de motie is om erachter te komen hoe de invulling van het begrip "toereikend" plaatsvindt. Uitgangspunt van de indieners was maatwerk op individueel niveau door zorgverzekeraars en gemeenten, zonder het doel om een vaste norm vast te stellen. In het nu volgende ga in op de uitwerking in de verschillende wetten.

Het pgb is met de hervorming van de langdurige zorg in vier domeinen verankerd. Uitgangspunt daarbij is geweest dat de de pgb's in de vier domeinen zoveel als mogelijk op elkaar aansluiten. Maar de verschillende wettelijke domeinen kennen karakterologisch en terminologisch ook verschillen. Ook daarmee is rekening gehouden bij de vormgeving van het instrument binnen de verschillende domeinen, zodat het instrument past binnen het grotere geheel van de wijze waarop de zorg onder de betreffende wet is geregeld.

Een belangrijk verschil is meer decentrale of meer centrale sturing in de verschillende domeinen. Bij de Wmo, de Jeugdwet en de Zorgverzekeringswet is het uitgangspunt dat de verantwoordelijkheid voor de uitvoering gedecentraliseerd is. Dat betekent dat respectievelijk de gemeenten en de zorgverzekeraars de bevoegdheid en verantwoordelijkheid hebben om binnen de kaders van de regelgeving zelf invulling te geven aan de uitvoering. Bij de Wlz is de uitvoering weliswaar belegd bij de zorgkantoren, maar wordt in hoge mate centraal bepaald op welke wijze die uitvoering vorm krijgt. Dat betekent onder meer dat bij de Wlz

[5] TK 2014/2015, 29 247, nr. 206.

centraal meer op detailniveau wordt bepaald wat de hoogte van het budget is dat aan de cliënt wordt toegekend: de hoogte van het pgb is gekoppeld aan wat een zorginstelling voor de zorg zou krijgen op basis van dezelfde indicatie, dat door zorgkantoren kan worden opgehoogd met diverse bedragen voor diverse doelgroepen. In de Wlz staat het een budgethouder vervolgens vrij om meer uren in te kopen door lagere tarieven met hulpverleners af te spreken dan waarmee rekening is gehouden in de bepaling van de hoogte van het pgb. Bij de Wmo, de Jeugdwet en de Zorgverzekeringswet hebben gemeenten en zorgverzekeraars daarentegen vrijheid om verder maatwerk te leveren op basis van de individuele situatie van de budgethouder waardoor ook een budget op maat wordt vastgesteld. Onderstaand is verder uitgewerkt hoe de hoogte van het pgb per domein tot stand komt. Uitgangspunt in alle domeinen is dat de zorg – ook met een pgb – doelmatig en verantwoord geleverd wordt.

Ik zal hieronder per domein in meer detail toelichten op welke wijze de hoogte van het budget wordt bepaald en welke waarborgen er zijn om te bewerkstelligen dat dit in de praktijk ook goed verloopt.

<u>Wmo 2015</u>
De Wmo 2015 draagt gemeenten op om een melding van een behoefte van maatschappelijke ondersteuning van een persoon te laten volgen door een zorgvuldig onderzoek (art. 2.3.2.) naar deze behoefte en de kenmerken van de persoon en diens situatie, waaronder zijn mogelijkheden om zelf, op eigen kracht of met gebruikelijke hulp of met behulp van een algemene voorziening in deze ondersteuning te voorzien. Iemand wordt hierbij in de gelegenheid gesteld om hiertoe zelf een plan te overleggen. Indien op basis van het onderzoek wordt vastgesteld dat iemand in het kader van zijn ondersteuning behoefte heeft aan een maatwerkvoorziening, kan betrokkene – mits hij voldoet aan de daaraan expliciet in de wet gestelde voorwaarden – die voorziening in de vorm van een pgb krijgen.

De Wmo 2015 bevat diverse waarborgen voor een toereikend pgb. In de Wmo 2015 is maatwerk het uitgangspunt, dat wil zeggen dat de maatwerkvoorziening een passende bijdrage levert aan het realiseren van een situatie waarin de cliënt in staat wordt gesteld tot zelfredzaamheid of participatie en zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving kan blijven of voorzien in de behoefte aan beschermd wonen of opvang. Met het oog op het belang van dit maatwerk verbindt de wet strikte voorschriften aan de inhoud van het onderzoek (art. 2.3.2.) na melding. Op grond van dit onderzoek dient door de gemeente onderbouwd te worden dat de bijdrage die de gemeente wil leveren in de betreffende situatie ook daadwerkelijk kan worden aangemerkt als een ‘passende bijdrage’ als bedoeld in de wet. Wanneer op verzoek van een cliënt door het college de maatwerkvoorziening als pgb wordt verstrekt, bepaalt artikel 2.3.6, eerste lid, van de Wmo 2015, dat de cliënt daarmee in staat dient te zijn de diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen die invulling geven aan de passende bijdrage van de gemeente aan de vastgestelde behoefte aan ondersteuning, van derden te kunnen betrekken. Het in staat stellen duidt erop dat het persoonsgebonden budget toereikend moet zijn om de diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen die tot de maatwerkvoorziening behoren van derden te betrekken.

Naast deze waarborgen zijn er in de Wmo 2015 andere waarborgen opgenomen die over de tarifering gaan. Op grond van artikel 2.1.3 lid 2 van de Wmo 2015 is de gemeenteraad gehouden een tarief voor een pgb vast te stellen waarbij de hoogte toereikend moet zijn. In de verordening moet worden vastgelegd hoe de

hoogte van het persoonsgebonden budget wordt vastgesteld; dat zal, gegeven het maatwerkkarakter van de te verstrekken individuele ondersteuning, per maatwerkvoorziening kunnen verschillen. Hier is van belang dat de hoogte van het persoonsgebonden budget, wil een persoonsgebonden budget voor de cliënt een zinvol alternatief zijn, zodanig zal moeten zijn dat de cliënt met het persoonsgebonden budget de vastgestelde ondersteuning ook werkelijk kan inkopen. Gemeenten hebben de mogelijkheid om in de verordening te differentiëren tussen de hoogte van het persoonsgebonden budget voor professionele ondersteuning en niet-professionele ondersteuning. Gemeenten mogen het gebruik van het pgb voor niet-professionele hulpverlening niet uitsluiten. Een gemeente kan een persoonsgebonden budget weigeren voor zover de kosten hoger zouden zijn dan de maatwerkvoorziening in natura.
Als de budgethouder het niet eens is met het besluit van de gemeente inzake het pgb, bijvoorbeeld in verband met het budget of met het tarief, kan hij in bezwaar en beroep gaan bij de gemeente. Ik ga er vanuit dat gemeenten, indien de jurisprudentie daar aanleiding toe geeft, aanpassingen doorvoeren in hun beleid. Ik zal de jurisprudentie blijven volgen.
In opdracht van Per Saldo en de VNG is er begin 2015 een handreiking pgb tarieven opgesteld. Het doel van de handreiking is om gemeenten handvatten te bieden bij het vaststelen van hun pgb-tarieven voor zowel formele als informele zorg.

<u>Jeugdwet</u>
Op grond van de Jeugdwet kunnen cliënten onder voorwaarden kiezen voor een pgb. Gemeenten stellen periodiek een beleidsplan vast over de jeugdhulp en maatschappelijke ondersteuning. Daarnaast stellen gemeenten bij verordening regels vast over de hoogte van het pgb.

De Jeugdwet bevat diverse waarborgen voor een toereikend pgb. Of jeugdhulp nu in natura wordt geleverd of op basis van een pgb, in alle gevallen is de gemeente op grond van de jeugdhulpplicht verantwoordelijk voor de inzet van de noodzakelijke en passende jeugdhulp. Wanneer op verzoek van een jeugdige of zijn ouders een pgb wordt verstrekt, geldt op grond van artikel 8.1.1, eerste lid, van de Jeugdwet dat dit hen in staat dient te stellen de jeugdhulp die tot de individuele voorziening behoort te betrekken van een derde. Dat betekent dat de tarieven in ieder geval voldoende moeten zijn om de jeugdhulp echt te kunnen ‘inkopen’.

Naast deze waarborgen zijn er in de Jeugdwet waarborgen opgenomen die over de tarifering gaan. Gemeenten kunnen in de verordening ook bepalen onder welke voorwaarden betreffende het tarief, de persoon aan wie een pgb wordt verstrekt, de jeugdhulp of maatwerkvoorziening kan betrekken van een persoon die behoort tot het sociale netwerk. Gemeenten mogen het gebruik van het pgb voor niet-professionele hulpverlening niet uitsluiten.

Vanwege het recht op een pgb, zal een deel van het gemeentebudget gereserveerd moeten worden voor pgb’s. Gemeenten moeten daar bij het inkoopbeleid rekening mee houden. Een gemeente kan een persoonsgebonden budget weigeren voor zover de kosten hoger zouden zijn dan de kosten van jeugdhulp of maatwerkvoorziening in natura. Gemeenten mogen in dat geval een pgb niet volledig weigeren. Gemeenten mogen de hoogte van het te verstrekken pgb dan beperken tot de hoogte van het vergelijkbare alternatief in natura. In dat geval worden de extra kosten bijbetaald door de budgethouder.

Ook voor de jeugdwet geldt, dat als de budgethouder het niet eens is met het besluit van de gemeente inzake het pgb, bijvoorbeeld in verband met het budget of met het tarief, hij in bezwaar en beroep kan gaan bij de gemeente.

Zvw-pgb
Het is de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om de hoogte van de tarieven voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg te bepalen. De zorg die met een Zvw-pgb wordt ingekocht valt daar ook onder. Verzekeraars geven duidelijkheid over de hoogte van de tarieven in de polis. Verzekerden worden hierover geïnformeerd met de zogenaamde deurmatbrief die in november wordt verstuurd.

In de systematiek van de vergoeding is een verschil met de AWBZ. Onder de AWBZ mochten sommige posten, zoals reiskosten, binnen het totaalbudget van de verzekerde apart gedeclareerd worden. Onder de Zvw maken dit soort posten op grond van de tarieven van de NZa integraal deel uit van het tarief en wordt de verzekerde geacht dit in de loonafspraken die hij met zijn zorgverlener maakt mee te nemen. Dit betreft daarmee wel een veranderde werkwijze voor de verzekerde, maar heeft geen invloed op de hoogte van het totale budget.
Wanneer een verzekerde van mening is dat de verzekeraar een te lage vergoeding vaststelt, dan staat de gebruikelijke klachtenprocedure bij de eigen verzekeraar open. En zo nodig kan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) worden ingeschakeld door de verzekerde. Deze mogelijkheid staat zowel open voor de overgang van de AWBZ naar de Zvw, als voor een nieuwe beslissing van de zorgverzekeraar over de hoogte van het budget op basis van de polisvoorwaarden. Sinds eind 2014 hebben 15 verzekerden gebruik gemaakt van de diensten van de SKGZ in verband met de hoogte van het totale budget of de hoogte van de vergoeding.

Zorgaanbieders op grond van de Wmg
Op grond van de Wet Marktordening gezondheidszorg (Wmg) legt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) de tarieven vast die voor verpleging en verzorging door zorgverleners mogen worden gedeclareerd en door zorgverzekeraars mogen worden vergoed. Bij verpleging en verzorging gaat het daarbij om maximumtarieven. De hoogte van de tarieven is vastgesteld in de Tariefbeschikking Verpleging en verzorging van de NZa.[6] Deze tarieven zijn van toepassing op zorgaanbieders op grond van de Wmg, dat wil zeggen zorgverleners die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verlenen.
Het is aan zorgverzekeraars welke vergoeding zij de verzekerde bieden voor de zorg die de verzekerde met het Zvw-pgb inkoopt, waarbij de tarieven van de NZa als maximum gelden. Zorgverzekeraars maken dit bekend in hun polissen. Per zorgverzekeraar kan de hoogte van de vergoeding die hij hanteert verschillen.

Ten aanzien van de vraag of het tarief toereikend is, is relevant of de zorgverzekeraar zich aan zijn zorgplicht houdt. De zorgverzekeraar houdt zich aan zijn zorgplicht, als de verzekerde passende zorg kan krijgen voor de vergoeding die de verzekeraar biedt. De NZa houdt toezicht op de vraag of zorgverzekeraars zich aan de tariefsbepalingen houden en of zorgverzekeraars voldoen aan de zorgplicht. De norm die de NZa hanteert bevat een kwantitatief en een kwalitatief element. Het kwantitatieve element betreft de maximumtarieven die in de tariefbeschikkingen van de NZa zijn opgenomen, het kwalitatieve element betreft

[6] TB/CU-7098-01

de vraag of de zorg, op basis van de verstrekte vergoeding, passend en daarmee doelmatig is.

Tot nu toe zijn er bij de NZa nog geen signalen binnen gekomen waaruit blijkt dat zorgverzekeraars ontoereikende vergoedingen hanteren. Mocht dat wel het geval zijn, dan kan de NZa daarnaar een onderzoek starten. Overigens heeft de NZa ook een meldpunt waar verzekerden zelf een melding kunnen doen.

<u>Zorgaanbieders die niet onder de Wmg vallen</u>
Voor zorgverleners die niet onder de werkingssfeer van de Wmg vallen geldt het bovenstaande niet. De NZa heeft voor die groep geen bevoegdheid om tarieven vast te stellen. Zoals eerder met de Kamer gewisseld is het voornemen om voor deze groep van niet-professionals in regelgeving vast te leggen dat de verzekerde een vergoeding voor de niet-professionele zorg zou krijgen van maximaal € 20,- per uur. Dat is in lijn met het tarief dat in de Wlz geldt voor nieuwe budgethouders. Dit tarief was ook al ingevoerd onder de AWBZ voor nieuwe budgethouders. In afwachting van deze regelgeving zullen zorgverzekeraars de vergoeding van € 20,- per uur hanteren, waarbij die tot 1 januari 2016 alleen geldt voor nieuwe budgethouders.
Het niet-professionele tarief, dat al is ingevoerd voor de nieuwe budgethouders, wordt geëvalueerd. Dit najaar zal ik uw Kamer informeren over de uitkomsten van deze evaluatie. Afhankelijk van de uitkomst van de evaluatie zal bekeken worden of aanpassing van de hierboven geschetste lijn nodig is.

<u>Intensieve kindzorg</u>
Voor intensieve kindzorg geldt dezelfde lijn als hierboven beschreven. Omdat over het budget dat deze doelgroep krijgt een aantal keer is gesproken in de Kamer, wil ik daar nog eens specifiek bij stil staan. Daarbij ging het om de vraag of zorgverzekeraars een korting mochten toepassen op het budget voor intensieve kindzorg.

De overheveling van de wijkverpleging van de AWBZ naar de Zvw is gepaard gegaan met een korting op het totale kader van wijkverpleging, waar intensieve kindzorg een onderdeel van is, van € 440 mln. Het is aan zorgverzekeraars hoe ze deze korting hebben ingevuld. Dat kon zowel op verpleging, als verzorging en zowel op zorg in natura, als het Zvw-pgb. Daarbij gaat het om kortingen ten opzichte van het AWBZ-budget van 10-15%.
In december vorig jaar heb ik zorgverzekeraars opgeroepen om het doorvoeren van eventuele kortingen op de persoonsgebonden budgetten, oog te hebben voor de individuele situatie van de verzekerde. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft dit opgepakt en haar leden opgeroepen waar nodig individueel maatwerk te bieden en daarbij bijzondere aandacht te hebben voor kwetsbare groepen, zoals de doelgroep intensieve kindzorg. Het is uiteraard aan individuele zorgverzekeraars hoe zij dit vormgeven.

<u>Wlz-pgb</u>
Er zijn ook binnen de Wlz verschillende waarborgen voor een toereikend pgb. Voor de 29.000 Wlz-budgethouders is de hoogte van het pgb gelijk aan de zorgcomponent die een instelling ook voor een cliënt had ontvangen. Voor elk van de leveringsvormen in de Wlz is de hoogte van de vergoeding voor de zorgcomponent gelijk. Omdat een budgethouder zelf de woon- en verblijfskosten voor zijn rekening neemt, omvat het pgb in tegenstelling tot de zorg in een instelling geen vergoeding voor deze zaken. In de hoogte van de eigen bijdrage is

rekening gehouden met deze verschillen. Binnen de Wlz gelden daarnaast nog een aantal aanvullende waarborgen voor bepaalde groepen budgethouders. Het betreft de volgende zaken waardoor het pgb voor deze groepen hoger wordt:

Kenmerk
824471-140459-DMO

- Zoals met uw Kamer afgesproken krijgen bepaalde groepen budgethouders vanaf augustus dan wel september 2015 standaard extra pgb vanwege ophoging van hun indicatiebesluit. Het betreft ten eerste kinderen die onder het overgangsrecht Wlz vielen met een hoog zorgzwaartepakket zonder dagbesteding in verband met onderwijs. Zij hebben in augustus 2015 dagbesteding erbij geïndiceerd gekregen. Tevens betreft het de ernstig meervoudig beperkte leerlingen binnen de groep Wlz-indiceerbaren. Hun standaard aftrek in verband met onderwijs wordt in september 2015 ongedaan gemaakt middels een ophoging van hun indicatie voor persoonlijke verzorging of voor persoonlijke verzorging en verpleging.
- Het pgb-tarief wordt net als onder de Awbz voor iedereen boven de 18 jaar opgehoogd met een toelage voor huishoudelijke hulp. Deze bedraagt €3357 per jaar. De hoogte van dit bedrag is gelijk aan wat een gemeente de afgelopen jaren gemiddeld aan huishoudelijke hulp toekende, Wlz-indiceerbare budgethouders – zij die tot de Wlz zijn toegelaten op basis van een Awbz-indicatie functies en klassen – zijn ook gecompenseerd met deze toeslag omdat de gemeente niet meer aanvullend op het Wlz-overgangsrecht een budget voor huishoudelijke hulp hoeft toe te kennen. De standaardophoging bleek niet voor iedere Wlz-indiceerbare voldoende. Ik heb dan ook besloten dat Wlz-indiceerbare budgethouders die in 2014 meer dan €4857 kregen van hun gemeente om ophoging bij het zorgkantoor kunnen vragen.
- Voor budgethouders die wonen in een wooninitiatief wordt het pgb opgehoogd met een toeslag van € 4030 per jaar. Deze toeslag is in het verleden afgesproken omdat wooninitiatieven bepaalde extra kosten maken voor het organiseren van zorg en gemeenschappelijke ruimtes t.o.v. budgethouders die thuis zelf de zorg organiseren.
- Bepaalde groepen kunnen sinds dit jaar op grond van artikel 5.3 van de Regeling langdurige zorg (Rlz) bovendien aanspraak maken tot 25% meer budget (uitwerking amendement kamerstukken II 2014/2015, amendement 33 891, nr. 153) Dit geeft de mogelijkheid dat mensen thuis kunnen blijven wonen, ook als zij behoefte hebben aan langdurige en intensieve zorg en dat duurder is dan verblijf in een instelling. Hiermee wordt voorkomen dat kinderen, jongvolwassenen en mensen in andere specifieke situaties zoals in artikel 5.3 Rlz benoemd, verplicht in een instelling moeten gaan verblijven omdat hun zorg thuis duurder is dan verblijf in een instelling.
- Verder staat het pgb net als alle leveringsvormen ook open voor meerzorg. Er wordt met ondermeer Per Saldo gewerkt aan een betere aanvraagprocedure die op budgethouders is toegesneden. Ook komt per 2016 de meerzorg voor meer grondslagen beschikbaar. Een bijzondere vorm van meerzorg is het persoonlijk assistentiebudget dat dit jaar is geïntroduceerd.
- Tot slot staat het pgb ook open voor palliatieve zorg. Dit pgb kent feitelijk geen limiet.

<u>Tot slot</u>
Ik ben van mening dat in alle domeinen voldoende waarborgen zijn ingebouwd voor de toereikendheid van het budget. Dat betekent uiteraard niet dat budgethouders in alle gevallen tevreden zijn met de vaststelling van het budget.

Ook daarvoor zijn in de wet- en regelgeving voldoende bezwaarmogelijkheden.

Uiteraard blijf ik open staan voor signalen als het in de praktijk onverhoopt niet goed gaat en zal ik daar met partijen over in gesprek blijven.

Rapporten VWS

Regionale samenwerking HLZ

Vanaf maart 2014 heb ik samen met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) de structurele samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars gestimuleerd door middel van het ondersteuningsprogramma regionale samenwerking hervorming langdurige zorg. Als onderdeel van dit programma is aan alle regio's een vergoeding beschikbaar gesteld voor het aanstellen van een HLZ-regiosecretaris, die heeft gefungeerd als onafhankelijk procesregisseur voor het regionale overleg tussen gemeenten en zorgverzekeraars. AEF heeft op basis van gesprekken met alle regiosecretarissen, vertegenwoordigers van regiogemeenten en de contactpersonen van verzekeraars een slotrapportage gemaakt, die als bijlage bij deze brief is gevoegd.

Uit het rapport blijkt dat er sinds het voorjaar van 2014 belangrijke stappen zijn gezet in de regionale samenwerking tussen enerzijds gemeenten onderling en tussen anderzijds gemeenten en zorgverzekeraars. Destijds was deze samenwerking er slechts in een handjevol regio's. Momenteel is er in circa driekwart van de regio's sprake van een gestructureerd overleg. In alle regio's zijn gemeenten en zorgverzekeraars erin geslaagd te komen tot wederzijds geaccepteerde afspraken over de inzet van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg en de verbindende en signalerende taken van de wijkverpleegkundige. Daarnaast hebben de HLZ transitietafels en regiosecretarissen in veel regio's een belangrijke rol gespeeld in de afstemming op cliëntniveau tussen de verschillende domeinen. Mede hierdoor is de continuïteit van zorg en ondersteuning voor cliënten tijdens de transitie geborgd.

Samenwerking blijkt echter nog niet altijd vanzelfsprekend. Een deel van de regio's slaagt er niet of slechts moeizaam in vertegenwoordiging namens alle gemeenten te organiseren. Ik zal daarom samen met de VNG en met de minister van Binnenlandse Zaken bezien op welke wijze wij de regionale samenwerking tussen gemeenten onderling de komende periode verder kunnen ondersteunen.

De samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars is in de afgelopen periode in belangrijke mate op gang gekomen. De regiosecretarissen hebben hier een belangrijke bijdrage aan geleverd. Het is nu aan gemeenten, zorgverzekeraars en andere betrokken partijen om voort te bouwen op de basis die hiermee is gelegd. De komende periode zal in toenemende mate de stap moeten worden gezet van transitie naar transformatie; van het elkaar leren kennen en formuleren van gezamenlijke doelen, naar het gezamenlijk ontwikkelen.

De samenwerking binnen de regio's zal ik blijven volgen en ondersteunen door middel van een netwerk van VWS-contactpersonen per regio en het organiseren van periodieke bijeenkomsten voor de regionale contactpersonen HLZ, waarbij ook de VNG en ZN zullen aanschuiven. De deelnemers van het zogenaamde Jongerius-overleg (directeuren sociaal domein G32 en directeuren inkoop van de

zorgverzekeraars) zullen de komende tijd goede voorbeelden van samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars inventariseren en breder uitdragen via symposia en een door hen op te zetten platform voor kennisdeling.

Grenzen tussen Wmo 2015 en Wlz: onderzoek naar meerderjarigen met verstandelijke beperking en tijdelijke behoefte aan beschermende woonomgeving

In het debat van 30 april jl. heb ik u toegezegd samen met de VNG en andere betrokken organisaties eventuele knelpunten ten aanzien van grenzen tussen de Wmo 2015 en de Wlz te zullen onderzoeken.

Op mijn verzoek is een kort onderzoek, dat als bijlage bij deze brief is gevoegd, verricht om de positie van meerderjarigen met een licht verstandelijke beperking met een tijdelijke behoefte hebben aan begeleiding en/of behandeling in een beschermende woonomgeving, te schetsen. Deze doelgroep ontving voorheen zorg uit de AWBZ. De cliënten komen in principe niet in aanmerking voor zorg uit hoofde van de Wlz omdat hun behoefte aan toezicht en 24 uur per dag zorg in nabijheid niet blijvend is. De Wmo 2015 is voor het grootste deel van deze cliënten het best passende kader, vanwege de focus op (ondersteuning bij) zelfredzaamheid en participatie. Een passend aanbod vanuit de gemeente, met een verblijfssetting, is evenwel niet altijd beschikbaar.

Voorkomen moet worden dat deze groep zonder passende ondersteuning zou raken of een ingewikkelde weg moet bewandelen om tot die ondersteuning te komen. Ik zet de komende tijd volop in om in overleg met de betrokken partijen de adviezen uit het rapport op te volgen en te zorgen dat de aanbevelingen aan VNG, gemeenten en aanbieders snelle navolging krijgen. Zo zal ik met de partijen beeld brengen om hoeveel cliënten het gaat, welke kosten ermee gemoeid zijn en welke consequenties dit heeft voor de verdeling van middelen over de kaders (Wlz, Wmo 2015 en Jeugdwet). Van VNG, gemeenten en aanbieders wordt gevraagd om integraal naar deze doelgroep te kijken zodat er samenhangend beleid en uitvoering ontstaat en de continuïteit van passende zorg en ondersteuning te blijven waarborgen.

Afwegingskader toegang tot de Wlz

In de voortgangsrapportage HLZ van 25 juni jongstleden heb ik aangekondigd dat de rapportage van het Zorginstituut Nederland, gericht op een nieuw wegingskader voor de toegang tot de Wlz, op korte termijn zal worden bekendgemaakt. Hierbij treft u de rapportage aan, alsmede de aanbiedingsbrief van het Zorginstituut Nederland.

De beleidsreactie volgt na de zomer. Dan zal ik nader ingaan op de onderwerpen die het Zorginstituut Nederland aansnijdt, te weten de opmerking over de continuïteit van de zorg voor verzekerden met psychiatrische problematiek, de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en het niet meewegen van de context van de verzekerde bij de indicatiestelling.
Voor wat betreft de opmerking over de continuïteit van de zorg voor verzekerden met psychiatrische problematiek, wijs ik er op dat voor deze verzekerden geldt dat zij, voor zover zij zijn aangewezen op langdurige, op behandeling gerichte, intramurale ggz-zorg, de eerste drie jaren een beroep kunnen doen op zorg vanuit

de Zorgverzekeringswet. Na drie jaren is er toegang tot de Wlz. Daarnaast liggen in de Wmo 2015 garanties besloten voor verzekerden die een GGZ-C-zorgzwaartepakket (beschermd wonen) geïndiceerd hadden gekregen onder de AWBZ. Er geldt in de Wmo 2015 een ruim overgangsrecht en ook voor cliënten van wie de indicatie afloopt, is geborgd dat zij via de Wmo 2015 ondersteuning krijgen. Ik wil met gemeenten de ontwikkeling van de vraag naar beschermd wonen scherp blijven volgen.

Arbeidsmarkt

Oktober 2013 heb ik u mijn visie op de arbeidsmarkt in de zorg en ondersteuning geschetst[7] en sindsdien informeer ik uw Kamer periodiek over de voortgang en ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Hieronder geef ik het actuele beeld van de afgelopen periode.

Monitor Sectorplannen

In de Voortgangsrapportage van april j.l.[8] is de eerste monitor over de sectorplannen besproken. Bijgevoegd is er een actualisatie van de monitor die betrekking heeft op vier onderwerpen, te weten:

- Ontwikkeling ontslagaanvragen bij het UWV;
- Ontwikkeling WW-aanvragen;
- Gebruik landelijk sectorplan zorg gericht op van-werk-naar-werk- en mobiliteitstrajecten;
- Gebruik regionale sectorplannen zorg gericht op scholing.

<u>Ontslagaanvragen in langdurige zorg en ondersteuning</u>
De ontwikkeling van de ontslagaanvragen in de langdurige zorg laat allereerst zien dat het aantal werknemers waarvoor een *melding* collectief ontslag wordt gedaan aanmerkelijk groter is dan het daadwerkelijk aantal *ingediende* ontslagaanvragen en *verleende* ontslagvergunningen. Tegenover bijna 15 duizend meldingen in de periode januari 2014 – juni 2015[9] staan ruim 7.000 daadwerkelijke ontslagaanvragen bij het UWV en ruim 3.500 door UWV verleende ontslagvergunningen[10]. Minder dan een kwart van de meldingen leidt tot een daadwerkelijk verleende ontslagvergunning. Hierbij moet worden opgemerkt dat niet de gehele uitstroom in de sector zorg via een ontslagprocedure via het UWV verloopt. Ook kunnen contracten worden beëindigd door middel van het niet verlengen van tijdelijke contracten, ontslag met wederzijds goedvinden of ontslag via de kantonrechter.
De meeste ontslagvergunningen via het UWV zijn verleend in de branche Verpleging, verzorging en thuiszorg (Vvt). In de onderzochte periode van 18

---

[7] TK 2012-2013, 29282 nr. 181
[8] (TK 2015, 34104 nr. 25)
[9] In de vorige monitor werden cijfers getoond over de periode juli 2014 tot februari 2015. Deze periode is in de monitor van augustus uitgebreid met gegevens voor juli 2014 en na februari 2015. Daarom liggen de cijfers ten opzichte van de vorige monitor een stuk hoger.
[10] Dit terwijl de meldingen alleen betrekking hebben op collectieve ontslagaanvragen en de bij de daadwerkelijke ontslagaanvragen ook de individuele ontslagaanvragen meegenomen zijn. Bij beide vormen gaat het alleen om de ontslagaanvragen om bedrijfseconomische redenen. Overigens dient gerealiseerd te worden dat er een volgtijdelijkheid in zit, dat betekent dat in de onderzochte periode (januari 2014 – juni 2015) de meldingen, ontslagaanvragen en ontslagvergunningen niet geheel op dezelfde gevallen betrekking hebben.

maanden gaat het daar om 0,7% van de werkgelegenheid. In de branches Gehandicaptenzorg (Ghz) en Geestelijke gezondheidszorg (Ggz) betreft het 0,3% van de werkgelegenheid.

De gehele periode van januari 2014 tot en met juni 2015 overziend, blijkt er sprake te zijn van een wisselende ontwikkeling in het aantal ontslagaanvragen bij het UWV. In het tweede half jaar van 2014 is – in aanloop naar de decentralisatie per 1-1-2015 – een toename te zien van het aantal ontslagaanvragen bij het UWV. Vanaf januari 2015 lijkt het aantal ontslagaanvragen weer te dalen.

<u>WW-aanvragen in langdurige zorg en ondersteuning</u>
De ontwikkeling van de WW-uitkeringen laat een stijgende tendens zien. In de periode januari 2014 tot en met juni 2015 zijn door werknemers in de langdurige zorg bijna 66 duizend WW *aanvragen* ingediend bij het UWV, waarvan er ruim 56 duizend zijn *verleend*. Daartegenover staat een *uitstroom* van ongeveer 45 duizend uit de WW. Het aantal lopende WW-uitkeringen is hierdoor in deze periode gestegen met ongeveer 11 duizend.

Bij zowel de instroom, de uitstroom als het aantal lopende WW-uitkeringen gaat het niet om unieke personen. De ervaring leert dat er personen zijn die meerdere keren in een bepaalde periode een WW-uitkering toegekend krijgt. Ook zijn er personen die meer dan één lopende WW-uitkering hebben. Het aantal personen dat in de betreffende periode van 18 maanden in de WW terecht is gekomen, is dus lager dan de het hierboven genoemde aantal van 56 duizend. Dat geldt ook voor het aantal lopende WW-uitkeringen.

Het verschil tussen de ruim 3.500 door het UWV toegekende ontslagvergunningen en de 56.000 door het UWV toegekende WW-aanvragen kan worden verklaard door onder andere het van rechtswege aflopen van tijdelijke contracten, het gebruik van vaststellingsovereenkomsten in geval van ontslag met wederzijds goedvinden en faillissementen. In deze gevallen is geen ontslagvergunning van het UWV noodzakelijk, terwijl er wel recht is op een WW-uitkering.

<u>Sectorplannen</u>
In het kader van het *landelijk sectorplan* voor de langdurige zorg en ondersteuning wordt ingezet op *van-werk-naar-werk-trajecten*. Het gebruik van de van-werk-naar-werk-trajecten is echter beperkt gebleken. Van de beoogde 24 duizend trajecten over de gehele periode van 2 jaar worden waarschijnlijk niet meer dan 4 duizend gerealiseerd. Uit een analyse naar de redenen voor het beperkte gebruik komt naar voren dat er deels al in 2013 door werkgevers is geanticipeerd op ontslagen. Ook proberen instellingen het vaste personeel zo lang mogelijk te behouden en/of te herplaatsen en zetten daarvoor eerder de scholingstrajecten van de regionale sectorplannen in dan van-werk-naar-werk-trajecten. Daarnaast hebben een aantal (grotere) instellingen een eigen mobiliteitsbureau of –programma en maken daarom minder gebruik van het landelijke sectorplan. Instellingen gebruiken de mogelijkheden van het sectorplan voor vast personeel dat bedreigd wordt met gedwongen ontslag. Tegelijkertijd is te zien dat werkgevers de flexibele schil afbouwen. Bij tijdelijk personeel eindigt het contract van rechtswege en wordt er meestal geen van-werk-naar-werk-traject meer ingezet door de werkgever.

Inmiddels is het landelijk sectorplan op verzoek van de sociale partners door het ministerie van SZW bijgesteld naar maximaal 4 duizend trajecten. Samen met de Minister van SZW bekijk ik de mogelijkheden om de middelen die daarmee vrijgevallen zijn, op een andere manier in te zetten. Hierover wordt uw Kamer nader ingelicht.

Met de 18 *regionale sectorplannen* is beoogd via om- en bijscholing zoveel mogelijk personeel te behouden voor de zorg en te behoeden voor ontslag. Zorginstellingen en ook hun werknemers maken hier volop gebruik van. Tot 1 juni 2015 hebben zorginstellingen ingetekend op ruim 85 duizend *scholingstrajecten*, die nu in gang gezet en uitgevoerd worden. Dat is hoger dan het oorspronkelijk beoogde aantal van 73 duizend voor de gehele periode van 2 jaar. Ruim de helft (53%) van deze trajecten vindt plaats in de Vvt, bijna 29% in de Ghz, ruim 13% in de Ggz en ongeveer 6% in de overige zorgbranches. Door deze omvangrijke scholingsinspanning worden werknemers meer competent en kunnen ze hun functie behouden dan wel een ander functie uitvoeren. Tevens leidt het er toe dat werknemers meer toegerust zijn om de beoogde transities in de langdurige zorg en ondersteuning te realiseren.

Huishoudelijke Hulp Toelage

Uit de tweede kwartaalrapportage van de HHT-monitor blijkt dat gemeenten flinke progressie hebben geboekt met de implementatie van de ingediende plannen. In bijna alle gemeenten is de HHT op dit moment operationeel. Ten opzichte van de oorspronkelijke planning heeft een aantal gemeenten vertraging opgelopen. Zij waren later operationeel dan zij ten tijde van de eerste meting voor ogen hadden. Belangrijkste reden daarvan is het nog niet beschikbaar hebben van een administratief systeem voor de verwerking. Van de gemeenten waar de HHT ten tijde van het interview (eind juni) nog niet of deels operationeel was, schatten de meeste gemeenten in dat dit ten tijde van het verschijnen van de tweede kwartaalrapportage (begin september) wel zo zal zijn.

In de HHT-monitor is gevraagd naar de verwachtingen van gemeenten en aanbieders over het aantal uren HHT en de mogelijke werkgelegenheidseffecten (peildatum eind juni). Op basis van deze verwachtingen kan voorzichtig worden gesteld dat in 2015 ongeveer de helft van het destijds in de plannen aangegeven aantal uren wordt gerealiseerd. Het dient met een slag om de arm geïnterpreteerd te worden, maar vertaald naar werkgelegenheid op landelijk niveau kan dit leiden tot werkgelegenheid voor 7 tot 15 duizend werknemers door de HHT in 2015.

Het op basis van de verwachtingen van gemeenten en aanbieders eind juni lager aantal uren HHT en daarmee behoud van het aantal banen dan oorspronkelijk beoogd, kan worden verklaard door de hierboven genoemde vertraging in de implementatie, het feit dat veel gemeenten het budget voor huishoudelijke hulp continueren ten opzichte van 2014 (waardoor geen banen verloren gaan en dus ook geen sprake is van vervangende financiering via de HHT) alsmede door de betrekkelijke nieuwheid van het instrument.

Ik vind het belangrijk dat de mogelijkheden van de HHT optimaal worden benut. Aan het bezwaar van cliënten, gemeenten en aanbieders rondom de hoogte van de eigen bijdrage is inmiddels tegemoetgekomen door de maximale bijdrage vanuit de HHT-middelen te verhogen van €12,50 naar €17,50. Daarnaast

ondersteun ik het initiatief voor een systeem voor de administratieve verwerking van de HHT. Tot slot heb ik het initiatief genomen, gesteund door gemeenten, aanbieders en cliëntenorganisaties, om de mogelijkheden van de HHT actief onder de aandacht te brengen van cliënten.

Gelet op deze maatregelen heb ik er alle vertrouwen in dat het potentieel van de HHT nog beter benut kan en gaat worden. De nog niet ingezette gelden blijven beschikbaar voor de HHT en daarmee voor de werkgelegenheid in de sector huishoudelijke hulp beschikbaar. Uiteraard blijf ik de voortgang nauwlettend in de gaten houden en zal bijsturen ondernemen waar nodig. Daartoe blijf ik met partijen in gesprek om eventuele knelpunten te signaleren en waar mogelijk weg te nemen.

Code verantwoordelijk markgedrag thuisondersteuning

De transitiecommissie sociaal domein (hierna: de TSD) heeft in haar tweede rapportage de noodzaak opgemerkt om toe te werken aan een verantwoorde herstructurering van de sector voor huishoudelijke hulp[11]. De budgetkortingen op huishoudelijke hulp hebben als gevolg dat de omvang van de werkgelegenheid afneemt en dat werkgelegenheid verschuift van het publieke naar het private domein. De decentralisatie van begeleiding en de opdracht voor gemeenten om passende ondersteuning te verlenen gericht op zelfredzaamheid en participatie, biedt ruimte voor innovatie en het ontwikkelen van nieuwe ondersteuningsvormen. De traditionele afbakening tussen de verschillende sectoren vervaagt. Nieuwe mogelijkheden voor ondersteuning in de thuissituatie ontstaan en nieuwe organisaties treden toe tot de markt. Naast kansen doen zich ook risico's voor. Spanning ontstaat tussen enerzijds de wens zo veel mogelijk zorg en ondersteuning te bieden en anderzijds de uitgangspunten van 'decent work'. De vernieuwing van thuisondersteuning en de herstructurering van de sector kan niet louter worden overgelaten aan het spel van de markt. Het is in het belang van zowel de mensen die ondersteuning nodig hebben als zij die deze hulp verlenen dat voortvarend wordt toegewerkt naar een toekomstgerichte werkagenda voor dienstverlening aan huis.

Op basis van deze rapportage is de TSD door mij gevraagd te ondersteunen bij het opstellen van een code voor verantwoordelijk marktgedrag, naar het voorbeeld van de schoonmaaksector. In de afgelopen weken heeft de TSD vele gesprekken gevoerd met gemeenten, thuiszorgorganisaties en de werknemersvertegenwoordiging. Dit heeft geresulteerd in de code verantwoordelijk marktgedrag thuisondersteuning (hierna: de code). Gemeenten, thuiszorgorganisaties en de werknemersvertegenwoordiging slaan met de code de handen in een. De decentralisatie naar gemeenten biedt kansen die het mogelijk maken de ondersteuning voor thuis kwalitatief beter, tegen lagere kosten en met behoud van fatsoenlijke arbeidsvoorwaarden te organiseren. De code biedt een helder kader met gespreksthema's, praktijkvoorbeelden en een kostprijsopbouw waardoor een kwalitatief goed aanbestedingsproces kan worden ingericht; transparant, volledig en gericht op een meerjarig partnerschap. Op maandag 31 augustus hebben in totaal 25 organisaties van gemeenten, thuiszorgorganisaties

---

11 Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 34 000 VII, nr. 45.

en het CNV Zorg en Welzijn[12] als eerste de uitgangspunten van de code ondertekend. Samen willen de organisaties voorkomen dat medewerkers en mensen die zorg nodig hebben de dupe worden van teveel nadruk op een zo laag mogelijke prijs. Met de ondertekening van de afspraken bevestigen gemeenten, aanbieders en de vakbond dat de nieuwe zorg- en ondersteuningsverantwoordelijkheden van gemeenten mogelijkheden bieden om te het werk slimmer te organiseren, tegen lagere kosten en met behoud van fatsoenlijke arbeidsvoorwaarden voor medewerkers. Bijvoorbeeld door diensten als huishoudelijke hulp, begeleiding en in de toekomst verzorging logisch te combineren.

Het doel is zoveel als mogelijk gemeenten en aanbieders te verbinden aan de code. De TSD zal daarom de code toesturen aan alle gemeenteraden en colleges van B en W. Ook wordt de code toegestuurd aan thuiszorgorganisaties. Het onderschrijven van de code is vrijwillig maar niet vrijblijvend. De TSD zal het toepassen van de code in de praktijk de komende periode aanjagen en begeleiden. Daarnaast zal de TSD gemeenten, aanbieders en werknemersvertegenwoordigers de komende maanden ondersteunen bij het formuleren van een toekomst gericht perspectief voor dienstverlening aan huis.

De betrokken gemeenten en thuiszorgorganisaties laten aan de hand van bestaande praktijkvoorbeelden zien dat goede thuishulp, een goed tarief en tegelijkertijd fatsoenlijke arbeidsvoorwaarden hand in hand gaan kunnen gaan. De uitnodiging van deze organisaties aan anderen om zich aan te sluiten en de code mede te ondertekenen, ondersteun ik dan ook van harte.

Hoogachtend,

de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

drs. M.J. van Rijn

---

[12] Cordaan, TSN Thuiszorg, TZorg, Vérian, Vierstroom Hulp Thuis en Zorgkompas, vakbond CNV Zorg & Welzijn en de gemeenten Amsterdam, Breda, Den Haag, Drimmelen, Enschede,`s-Hertogenbosch, Nijmegen, Utrecht, Rotterdam, Tilburg, Zaanstad, Zeist en de samenwerkende regiogemeenten Drechtsteden Alblasserdam, Dordrecht, Hendrik-Ido-Ambacht, Papendrecht, Sliedrecht en Zwijndrecht.